


大学生の予防的健康行動に影響を及ぼす心理的要因の研究 ーセルフ・コントロールの種別による多母集団同時分 析を用いた検討ー

Relationship between Preventive Health Behavior and Self-control of University Students

清水 安夫 SHIMIZU, Yasuo

● 国際基督教大学
International Christian University

 **Keywords** 大学生, 予防的保健行動, 多母集団同時分析, セルフ・コントロール
university students, preventive health behavior, simultaneous analysis of several groups,
self-control

ABSTRACT

本研究では、予防的保健行動に影響する心理的要因の検討を行うために、首都圏内の4年制私立大学に在籍する大学生232名を対象に、日本版HLC尺度、Perceived Health Competence Scale Japanese version, Redressive-Reformative Self-Control Scale、健康価値、健康度・生活習慣診断検査による調査を行った。分析の際には、対象者をセルフ・コントロールの種類（調整型、改良型）と平均得点による高低で4群（高調整・高改良群、低調整・高改良群、高調整・低改良群、低調整・低改良群）に分類し、「Health Competence」, 「Internal」, 「健康価値」の3変数を「予防的保健行動（運動、食事、休養）」の予測変数とした、共分散構造分析による多母集団同時分析による群間の比較検討を行った。分析の結果、全ての群において、「Health Competence」から「予防的保健行動」に対する有意な影響性が認められた。また、低調整・高改良群においては、「Internal」, 「健康価値」から「予防的保健行動」に対する有意な影響も認められた。本研究の結果から、大学生の場合、セルフ・コントロール能力の高低に関わらず、自身の健康を管理する能力を高く認知するほど、健康的な生活習慣を持つ行動が高まることが示唆された。また、個人の内的な情動面や認知面の調整型のセルフ・コントロールよりも、行動変容を伴う行動の統御を示す改良型のセルフ・コントロールを用いる場合には、具体的な健康行動を実行できるという見込みや、健康行動の基礎となる健康価値が、予防的保健行動を高めると考えられる。

The purpose of this study was to investigate the relationship between preventive health behavior and self-control among university students. The subjects were 232 university students who answered questionnaires including four subscales: “Internal” in Health Locus of Control Scale, a Japanese version of Perceived Health Competence Scale, Redressive-Reformative Self-Control Scale, and the Value of Health (HV) and Diagnostic Inventory of Health and Life Habit (DIHAL. 2). The subjects were divided into four groups: 1) high redressive and high reformative self-control group (HDHFG), 2) low redressive and high reformative self-control group (LDHFG), 3) high redressive and low reformative self-control group (HDLFG), and 4) low redressive and low reformative self-control group (LDLFG) based on RRS score. The results of simultaneous analysis of several groups revealed that health competence was positively associated with preventive health behavior in all four groups. In LDHF group, IHLC and HV were found to have positive association with preventive health behavior. The results suggest that university students with higher health management skills showed higher health behavior. This implies that their self-efficacy and health value can be focal target factors for intervention program of their behavior modification. Effective methods of psychological and educational intervention programs should be explored in order to enhance the health behavior of university students.

I. 緒言

現在、日本の健康問題に関する保健行政上の対策として、従来にも増して健康を増進し、疾病への罹患を予防するという一次予防に重点が置かれている（池田・池田，2006）。厚生省（現厚生労働省，1996）は、成人病の発症には、食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の日常における生活習慣が深く関与していることを明らかにし、これを改善することにより、疾病の発症・進行が予防できる疾患群を「生活習慣病（life-style related diseases）」として概念の導入を行った。悪性新生物、冠動脈疾患、脳血管疾患及び糖尿病などの生活習慣病は、近代化した生活習慣との関係が発症の大きな要因であると考えられており、我が国における改善すべき大きな国民の健康上の課題となっている（江川・種田・荒尾・松月・白子・葛西，2007）。そのため、生活習慣病においても、単に病気の発見や治療にとどまるのではなく、生活習慣自体の改善を目指し、健康増進を図ることによる「一次予防」が重視されている（財団法人健康・体力づくり事業財団，2000）。このように、現代では、健康で疾病症状の無い段階における健康増進行動を伸張させる重要性が強調されるようになり、健

康的な生活習慣の獲得の必要性が、ますます社会的に認知されるようになっていく。

しかし、健康的な生活習慣が、疾病の予防や健康増進に重要であるという知識が一般的に広まったにもかかわらず、一方で、健康行動を実行し維持することは困難である現状が示されている。特に、大学生の生活習慣は、他の年代と比較して著しく悪化する傾向にあることが報告されている（徳永・橋本，2002）。同様に、大学生の時期には、睡眠を中心とした生活のリズムが不規則になることにより、朝食の欠食、食事時間の不規則化、さらに、身体活動量の低下、栄養の過剰摂取等の不均衡化が重なることにより、不健康な生活スタイルを習慣化させている大学生が増加している（金子・斉藤，1989）。特に、このような傾向は、自宅生よりも親元から離れて一人暮らしをしている下宿生に多く、また、男子学生において顕著な傾向を示すことが報告されている（藤塚・藤原・石田・米谷・木村，2002）。島田・兪・山田・小澤・長田（2009）は、青年期から成人期にかけてのライフスタイルは習慣化しやすく、不健康なライフスタイルの定着化は、中高年期以降にも継続的に影響を及ぼすことから、大学生の時期は、その後の人生における生活習慣の確立と定着化が起こる重要な時期であると報告している。そのため、一

次予防の観点からは、大学生の時期に望ましい生活習慣への獲得を目指した行動の変容を実現化させる必要があると考えられる。

現在まで、行動科学の手法を用いた健康行動促進のための研究が推進されて来た。例えば、Schroder & Schwarzer (2005) は、習慣的なセルフ・コントロール感が、健康行動の予測変数となることを報告している。また、杉若 (1996) は、ストレス場面において発生する情動的・認知的反応の制御 (調整型セルフ・コントロール) と、習慣化された行動を望ましい行動へと変容していくためのセルフ・コントロール (改良型セルフ・コントロール) の2種類のセルフ・コントロールに注目し、2元的に評価すべきであることを示唆している。さらに、健康に関する価値 (三林, 2000)、Health Locus of Control (以下、HLCと略) (吉田, 1994) や自己効力感 (以下、self-efficacy) (金・嶋田・坂野, 1996) も、健康行動の予測変数や規定要因となることを見出している。特に、HLCは、健康状態や健康行動が、自分の行動の結果と見なす内的統制 (Internal HLC: 以下、IHLCと略) と、運や他者などの外的要因による結果と見なす外的統制 (External HLC: 以下、EHLCと略) とに分けて考えられている (堀毛, 1997)。とりわけ、IHLCは、健康行動の調節変数や説明変数としての機能性が支持されており (Christensen, 1996; Wallston, 1992)、良好な健康状態や積極的な保健行動に関係していることが示唆されている (三林, 2000)。

また、IHLCは、「目的としている行動を成功裏に遂行することができる確信」と定義される self-efficacy (Bandura, 1977) と高い相関を示している。そのため、IHLCと self-efficacy の両方の認知ともが高い値である場合、健康・保健行動が生起する可能性が増加することも報告されている (田原・植木・畔地・矢野・大西・三木・中嶋, 2000)。さらに、Wallston (1992) は、健康の価値やHLCの各要因が、個別に健康行動へ及ぼす影響よりも、健康に関する価値とHLCの相互作用が、健康行動に与える影響が大きいことを指摘している。

そこで本研究では、大学生の一次予防としての

予防的保健行動を予測する心理的要因の検討を目的とした。予防的保健行動の予測変数としては、「IHLC」、「健康価値」、「セルフ・コントロール」の3変数に加え、健康関連習慣の self-efficacy として開発された、「主観的健康管理能力 (Health Competence)」を用いた。具体的には、「IHLC」、「健康価値」、「主観的健康管理能力」が、大学生の予防的保健行動に与える影響について、セルフ・コントロールの方略の違いによる比較検討を行うこととした。なお、本研究における、予防的保健行動とは、「病気を意識していない段階で、病気につながる行動を避けたり、予防的措置を取ったり、病気の早期発見を行おうとする行動 (宗像, 1999)」と定義し、生活習慣病等の疾病の一次予防行動を意味するものとした。

II. 方法

1. 調査対象

対象者は、首都圏内の4年制私立大学に在籍する大学生232名 (男性80名、女性152名、平均年齢19.78, $SD=1.64$) であった。

2. 調査時期および方法

調査時期は、2005年12月22日-2006年1月12日の大学の講義時間を利用し、質問紙を用いた集合調査法により実施した。

3. 調査内容

1) 日本版HLC尺度 (堀毛, 1991)

健康や病気に関する統制の所在をどこに帰属させるかを測定するHLC尺度より、I-HLCに関する5項目を抜粋して用いた。IHLCとは、健康や病気に関する行動について、その統制の所在が自分自身にあり、自分自身の努力によって健康が得られるという信念を測定する尺度である。回答は、「1: 全くそう思わない」—「6: 非常にそう思う」の6件法で回答を求めた。

2) Perceived Health Competence Scale (PHCS) Japanese version (Togari, Ikezaki, Yamazaki, Ito, Zenko, & Taguchi, 2004)

Smith, Wallston, & Smith (1995) が作成した Perceived Health Competence Scale の日本語版であり、健康関連の期待信念を測定する自己効力感理論を基盤とした、8 項目で構成される尺度である。「1: 全くそう思わない」—「5: 非常にそう思う」の 5 件法で回答を求めた。

3) Redressive-Reformative Self-Control Scale (RRS) (杉若, 1995)

調整型セルフ・コントロール、改良型セルフ・コントロール、調整型セルフ・コントロールの 3 種類のセルフ・コントロールを測定することが可能な尺度である。調整型セルフ・コントロールとは、ストレス場面において発生する情動的・認知的反応を制御し、情動的なストレス反応を除去してその場を乗り切ろうとする内容を示す。また、改良型セルフ・コントロールとは、習慣的な行動を新しくてより望ましい行動へと変容していくためのセルフ・コントロールである。最後の外的要因による行動のコントロールとは、他者依存の傾向や自発的な行動に対する消極性を示し、セルフ・コントロールとは異質の対処方略である。本尺度は、コントロールの種類（調整型、改良型）と、それらの得点の高低からなる 4 群の比較が可能である（杉若, 1995）。「1: 全くあてはまらない」—「6: 非常にあてはまる」の 6 件法で回答を求めた。

4) 健康価値

個人が考える「健康な状態」を挙げ、その状態をどの程度重要としているかを「1: 全く重要でない」—「5: とても重要」の 5 件法で回答を求めた。

5) 健康度・生活習慣診断検査 (Diagnostic Inventory of Health and Life Habit; DIHAL.2) (徳永, 2004, 2005)

健康度及び 3 側面の生活習慣（運動、食事、休養）を同時に測定する診断検査である。本研究では、予防的保健行動の基本概念として、運動、食事、休養の 3 下位尺度を用いた。

4. 分析方法

まず、杉若 (1995) に倣い、調査対象者をセル

フ・コントロールの種類（調整型、改良型）と平均点による高低で、4 群（高調整・高改良群、低調整・高改良群、高調整・低改良群、低調整・低改良群）に分類した。そして、Health Competence, Internal, 健康価値の 3 変数を予防的保健行動（運動、食事、休養）の予測変数とした、共分散構造分析による多母集団同時分析を実施し、4 群間の比較検討を行った。なお、統計処理には SPSS12.0 および Amos 5 を使用した。

III. 結果

「Health Competence」, 「Internal」, 「健康価値」の 3 変数を「予防的保健行動」の予測変数とした、共分散構造分析による多母集団同時分析により、セルフ・コントロールの内容により分類された 4 群（高調整・高改良群、低調整・高改良群、高調整・低改良群、低調整・低改良群）の比較検討を行った。なお、本研究では予防的保健行動への各影響性の差異を検討するため、各群の「予防的保健行動」から各観測変数（運動・食事・休養）へのパス及び各観測変数間の共分散を統制した。

その結果、モデルの適合度は良好であり（GFI=0.953, AGFI=0.908, CFI=0.941, RMSEA=0.030）、モデルの妥当性が認められた。各群のパスの有意性を検討した結果、表 1 に示すとおり、高調整・高改良群の Health Competence から「予防的保健行動」に対する影響性が有意である結果が認められた（ $\beta=0.53, p<0.001$ ）。低調整・高改良群においては、「Health Competence（ $\beta=0.74, p<0.001$ ）」, 「Internal（ $\beta=-0.27, p<0.10$ ）」, 「健康価値（ $\beta=0.26, p<0.10$ ）」から「予防的保健行動」に対する有意及び有意傾向の影響性が認められた。さらに、高調整・低改良群の「Health Competence」から「予防的保健行動」に対する影響性が有意である結果が認められた（ $\beta=0.68, p<0.001$ ）。最後に低調整・低改良群においても「Health Competence」から「予防的保健行動」に対する影響性が有意である結果が認められた（ $\beta=0.69, p<0.001$ ）。

表1. 各群における各独立変数から予防的保健行動への影響性

	独立変数 (β)		
	Health Competence	Internal	健康価値
高調整・高改良群 (N=72)	0.53 ***	0.17 <i>ns</i>	0.09 <i>ns</i>
低調整・高改良群 (N=40)	0.74 ***	-0.27 †	0.26 †
高調整・低改良群 (N=52)	0.68 ***	0.19 <i>ns</i>	-0.14 <i>ns</i>
低調整・低改良群 (N=68)	0.69 ***	0.06 <i>ns</i>	0.12 <i>ns</i>
適合度指標: GFI=0.953, AGFI=0.908, CFI=0.941, RMSEA=0.030			

*** $p<0.001$, † $p<0.10$

さらに、各群のパス係数の差の検討を行った結果、「Health Competence」から「予防的保健行動」に対するパスにおいて、高調整・高改良群と低調整・高改良群の間に有意傾向の差が認められた ($p<0.10$)。「Internal」から「予防的保健行動」に対するパスにおいては、高調整・高改良群と低調整・高改良群 ($p<0.05$)、低調整・高改良群と高調整・低改良群 ($p<0.01$)、低調整・高改良群と低調整・低改良群 ($p<0.05$) の間に有意な差が認められた。また、「健康価値」から「予防的保健行動」へのパスにおいては、低調整・高改良群と高調整・低改良群の間に有意な差 ($p<0.05$) が示された (表2)。

IV. 考察

各変数間の因果関連性を検討したところ、全ての群において、「Health Competence」から「予防的保健行動」に対する影響性が有意である結果が示された。すなわち、セルフ・コントロール能力の高低に関わらず、自身の健康を管理する能力を高く認知するほど、健康的な生活習慣を持つ行動が高まることが示唆された。この結果は、「Health

Competence」が良好な健康を維持できるという予測信念であるという指摘 (戸ヶ里・山崎・小出・宮田, 2006) を支持するものである。

また、低調整・高改良群にのみ、「Internal」から「予防的保健行動」に対する影響性及び、「健康価値」から「予防的保健行動」に対する影響性に有意傾向が認められた。この結果は、低調整・高改良群は他の3群と異なり、健康への価値を高く評価しているほど「予防的保健行動」が促進されるものの、内的コントロール信念が高いほど「予防的保健行動」を遂行し難くなることを示す。先行研究では、「Internal」が高いほど健康状態が良好であり、保健行動に積極的に取り組む傾向が見られることが報告されており (三林, 2000)、本研究における分析結果とは、異なる結果が示された。

このような先行研究とは異なる結果が認められた要因として、セルフ・コントロールの特徴が関与している可能性が考えられる。低調整・高改良群は、情動的・認知的反応のコントロールよりも、望ましい行動に変容するコントロールを多く用いるという特徴がある。そのため、個人の内的な活動である情動や認知の統制が余り行われないこと

表2. 予防的保健行動への各パスの群間比較

独立変数	セルフ・コントロール (調整・改良)					
	高・高-低・高	高・高-高・低	高・高-低・低	低・高-高・低	低・高-低・低	高・低-低・低
Health Competence	†	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Internal	*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	**	*	<i>ns</i>
健康価値	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	*	<i>ns</i>	<i>ns</i>

** $p<0.01$, * $p<0.05$, † $p<0.10$

から、内的な信念が高まるほど、健康行動が抑制・制御されたことが推察される。一方、健康に対する個人の考えは、その考えに基づいた健康づくりや健康維持、病気の予防に関する具体的な行動につながることを示唆されていることから（杉田，1998），予防保健行動に対してポジティブな影響性を示したと考えられる。

これらの結果に加えて、低調整・高改良群は、高調整・高改良群と比較して、「Health Competence」から「予防的保健行動」に対する影響性が大きいことが示された。また、他の3群と比較して、「Internal」から「予防的保健行動」へのネガティブな影響性が大きいことが認められた。この結果も、セルフ・コントロールの方略の違いが関与している可能性が高いことが想定される。特に、個人の内的な情動面及び認知面の調整型のセルフ・コントロールよりも、行動変容を伴う行動の統御である改良型のセルフ・コントロールを用いる場合において、この傾向が高いことが推察される。すなわち、行動の結果が自己に帰属すると捉える認知的な側面と比較して、具体的な健康行動を実行できるという見込みや、健康行動の基礎となる「健康の価値」が「予防的保健行動」を高めることが推察される。

以上の結果を踏まえ、今後は、大学生を対象とした望ましい生活習慣を獲得するための健康教育を実践したいと考える。特に、セルフ・コントロールの種別に関わらず、「Health Competence」が「予防的保健行動」を高めるという結果が認められたことから、健康管理能力を発揮し、健康行動を実践することができるというself-efficacyを高める内容のプログラムの有効性が示唆された。一方、健康行動を高めることが指摘されている内的コントロール信念（Internal），健康価値に関しては、先行研究（吉田，1990；三林，2000）と同様の結果が認められず、今後の課題を残す結果となった。そのため、サンプルサイズの拡大化や多様な生活環境を背景に持つ学生からのデータサンプリングを行うために、複数の大学の学生に調査を実施するなど、生活環境要因を踏まえた上で、詳細に検討を行う必要がある。また、男子学生の方が女子

学生よりも、生活習慣が不規則になりやすい傾向にある（藤塚ら，2002）ことを考慮し、男女間の比較検討も行う必要があると考える。

引用文献

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Christensen, A. J., Wiebe, J. S., Benotsch, E. G., and Lawton, W. J. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research*, 20 (4), 411-421.
- 江川賢一・種田行男・荒尾孝・松月弘恵・白子みゆき・葛西和可子 (2007). 過体重・肥満成人における運動と食習慣の改善による体重減少を目的とした地域保健プログラムの有効性 日本公衆衛生雑誌, 54 (12), 847-856.
- 藤塚千秋・藤原有子・石田博也・米谷正造・木村一彦 (2002). 大学新入生の生活習慣に関する研究—入学後3ヶ月における実態調査からの検討— 川崎医療福祉学誌, 12 (2), 321-330.
- 堀毛裕子 (1991). 日本版 Health Locus of Control 尺度の作成 健康心理学研究, 4 (1), 1-7.
- 堀毛裕子 (1997). ヘルス・ローカス・オブ・コントロール (Health Locus of Control: HLC) 日本健康心理学会 (編) 健康心理学辞典 実務教育出版, pp225-226.
- 池田孝博・池田知子 (2006). 一般教育科目「健康スポーツ」における「ストレスマネジメント教育」の導入と学生による授業評価 永原学園西九州・佐賀短期大学紀要, 37, 95-101.
- 金子佳代子・斉藤優子 (1989). 大学生の食生活と健康状態—横浜国立大学生の実態調査— 横浜国立大学教育紀要, 29, 209-216.
- 金外淑・嶋田洋徳・坂野雄二 (1996). 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連 心身医学, 36 (6), 500-505.
- 厚生省 (1996). 生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について 厚生省 1996年12月18日<<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0812/1217-4.html>> (2009年10月22日)
- 三林真弓 (2000). 心身の健康に及ぼす Health Locus of Control とソーシャルサポートの効果 性格心理学研究, 9 (1), 11-21.
- 宗像恒次 (1999). 最新行動科学からみた健康と病気 第1版第6刷 メヂカルフレンド社, pp.84-123.
- Schroder, K. E. E., and Schwarzer, R. (2005). Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. *Social Science & Medicine*, 60 (4), 859-875.
- 島田今日子・齋 今・山田佳代子・小澤敬子・長田久

- 雄 (2009). 一般大学生における生活習慣の実態に関する基礎的調査 横浜看護学雑誌, **2**(1), 48-55.
- Smith, M. S., Wallston, K. A., & Smith, C. A. (1995). The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research*, **10** (1), 51-64.
- 杉田秀二郎 (1998). 文部省学習指導要領 (保健) の内容の変遷およびそこにみられる健康観 健康心理学研究, **11** (2), 58-75.
- 杉若弘子 (1995). 日常的なセルフ・コントロールの個人差評価に関する研究 心理学研究, **66** (3), 169-175.
- 杉若弘子 (1996). 質問紙法によるセルフ・コントロールの評価 奈良教育大学紀要, **45** (1), 165-176.
- 田原康玄・植木章三・畔地利枝・矢野宏光・大西美智恵・三木哲郎・中嶋和夫 (2000). 地域高齢者の健康管理自己効力感と Locus of Control 東京保健科学学会誌, **3**(1), 47-54.
- Togari, T., Ikezaki, S., Yamazaki, Y., Ito, M., Zenko, M., & Taguchi, R. (2004). The development of Perceived Health Competence Scale (PHCS) Japanese version. *Japanese Journal of Health and Human Ecology*, **70** (5), 184-195.
- 戸ヶ里泰典・山崎喜比古・小出昭太郎・宮田あや子 (2006). 修正版 Perceived Health Competence Scale (PHCS) 日本語版の信頼性と妥当性の検討 日本公衆衛生雑誌, **53** (1), 51-57.
- 徳永幹雄・橋本公雄 (2002). 健康度・生活習慣の年代的差異及び授業前後での変化 健康科学, **24**, 57-67.
- 吉田由美 (1994). Health Locus of Control 尺度開発の歴史 千葉県立衛生短期大学紀要, **13** (1), 85-97.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-Pocus the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, **16** (2), 183-199.
- 財団法人健康・体力づくり事業財団 (2000). 21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本21) の推進について 財団法人健康・体力づくり事業財団 2000年3月31日 <<http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/about/tsuuchibun/e-1.html>> (2009年10月22日)